

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Richieste lavorative e conflitto lavoro-famiglia nel personale sanitario. Il ruolo dei turni di lavoro

This is a pre print version of the following article:

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/141801> since 2018-03-29T15:02:41Z

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Margherita Zito¹, Lara Colombo¹, Gabriella Mura²

Richieste lavorative e conflitto lavoro-famiglia nel personale sanitario. Il ruolo dei turni di lavoro

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino

² Azienda Sanitaria Locale di Asti

RIASSUNTO. *Introduzione.* Il vissuto di conflitto lavoro-famiglia (*clf*), che nasce da un'incompatibilità tra richieste lavorative e familiari, rappresenta un *topic* rilevante in ambito sanitario, come indicato da importanti studi come quello NEXT. Diverse sono le dimensioni in grado di incidere sul *clf* tra cui il sovraccarico lavorativo e l'organizzazione dell'orario di lavoro. In particolare, gli studi evidenziano i turni di lavoro come una delle principali determinanti del *clf*. La presente ricerca si è posta l'obiettivo di indagare il ruolo di alcune richieste lavorative (generali e specifiche del contesto) e dell'organizzazione dell'orario di lavoro nel determinare il vissuto di *clf*, con particolare attenzione ai turni di lavoro che limitano la possibilità di conciliare lavoro-famiglia e costituiscono uno dei principali fattori di rischio per il personale sanitario. *Metodi.* Al questionario hanno risposto 207 infermieri di un'azienda sanitaria del nord Italia. I rispondenti sono in prevalenza donne (92.8%) e hanno circa 42 anni. *Risultati.* Le analisi evidenziano che il *clf* è determinato principalmente dai turni di lavoro ma anche dal sovraccarico di lavoro, dal carico cognitivo e dalla reperibilità. Il personale soggetto a turni e a reperibilità dichiara di percepire un maggiore *clf* rispetto ai colleghi non soggetti a turni e reperibilità. *Conclusioni.* Il ruolo centrale dei turni di lavoro nel determinare il *clf* suggerisce la necessità di intervenire sull'organizzazione dell'orario di lavoro e su programmi di formazione rivolti ai superiori e agli operatori.

Parole chiave: conflitto lavoro-famiglia, richieste lavorative, turni di lavoro, azienda sanitaria.

ABSTRACT. *JOB DEMANDS AND WORK-FAMILY CONFLICT IN A HEALTH CARE STAFF. THE ROLE OF WORK SHIFTS.*

Introduction. Work-family conflict (*wfc*), that originates from an incompatibility between the job and the family demands, is a very relevant topic in health care context, as suggested by NEXT study. Work overload and schedule organization are dimensions that can affect *wfc*, and particularly, studies indicate work shifts as one of its main determinants, as they limit work-family balance and represent one of the prime risk factors for health workers. The aim of this study is to detect the role of some job demands (both general and specific) and of schedule organization in determining *wfc* experience, with particular attention to work shifts. *Methods.* Respondents to our questionnaire are 207 nurses of a north Italian public health organization. They are mostly women (92.8%) and their average age is 42. *Results.* Data analysis shows that *wfc* is mostly influenced by work shifts, but also by work overload, cognitive load and by on-call availability. Staff working on shifts and on-call availability perceive a higher *wfc* than their colleagues without work shifts and on-call availability. *Conclusions.* The central role of work shifts in determining *wfc* suggests the need to act on schedule organization and on training programs for supervisors and operators.

Key words: work-family conflict, job demands, work shifts, public health organization.

Introduzione

Il vissuto di conflitto lavoro-famiglia, dovuto a un'incompatibilità tra le richieste provenienti dal ruolo lavorativo e familiare, si pone al centro di numerosi studi che coinvolgono solo di recente il personale sanitario. La presente ricerca si propone di indagare l'effetto di alcune richieste lavorative, distinte tra generali (sovraccarico lavorativo e carico cognitivo) e specifiche del contesto sanitario (richieste dei pazienti e dei familiari dei pazienti), e l'effetto dell'organizzazione dell'orario di lavoro (turni e reperibilità) sulla percezione di conflitto lavoro-famiglia in un campione di infermiere e infermieri di una struttura ospedaliera del nord ovest Italia.

Conflitto lavoro-famiglia nel contesto sanitario

L'interfaccia tra lavoro e famiglia rappresenta un argomento di crescente interesse, in particolare per gli studiosi che si occupano di qualità della vita lavorativa. I recenti cambiamenti – globalizzazione, introduzione di nuove tecnologie, flessibilità del lavoro, precarietà etc. – hanno trasformato le categorie dello spazio e del tempo di lavoro, rendendo maggiormente fluidi i confini di ruolo (1, 2).

Un altro importante aspetto di cambiamento riguarda la presenza sempre più crescente sul mercato del lavoro di donne, tradizionalmente le principali *caregivers* in ambito familiare. Inoltre, in un'epoca in cui per le donne il lavoro sembra divenire progressivamente sempre più importante, si coglie parallelamente il maggiore impegno e coinvolgimento da parte degli uomini nella sfera privata/familiare (3, 4). Poiché l'ambito sanitario si caratterizza per la prevalenza di personale infermieristico femminile (5), analizzare la relazione tra lavoro e famiglia in questo contesto risulta importante per le implicazioni teoriche e pratiche, a sostegno di una migliore conciliazione tra lavoro e famiglia (4).

Inoltre, l'innalzamento dell'età per il pensionamento e il limitato reclutamento delle nuove generazioni contribuiscono a determinare uno scenario futuro in cui il personale sanitario si troverà sottoposto a sempre crescenti carichi di lavoro, con ripercussioni sulla vita extra-lavorativa (6).

Tra i molteplici modelli teorici presenti in letteratura che rendono conto della relazione tra lavoro e famiglia, il costruito di conflitto lavoro-famiglia (*clf*) occupa un posto

centrale negli studi. Il *clf* è definito tra Greenhaus e Beutell (7) come una forma di conflitto inter-ruolo in cui le richieste provenienti da due ruoli (lavorativo e familiare) sono incompatibili. La direzione del conflitto può essere bidirezionale (interferenza dal lavoro alla famiglia e interferenza dalla famiglia al lavoro); diversi studi mettono in evidenza che il conflitto nella direzione lavoro-famiglia è, rispetto al conflitto nella direzione famiglia-lavoro, maggiormente prevalente (7, 8). Nel presente studio è preso in considerazione esclusivamente il conflitto nella direzione lavoro-famiglia, ponendo in primo piano le richieste lavorative come principali determinanti di vissuti conflittuali tra richieste lavorative e impegni familiari, come suggerito dagli studi (9, 10).

Diverse ricerche (11, 12), svolte anche nel contesto sanitario (13, 4), hanno evidenziato che il sovraccarico lavorativo, il numero di ore di lavoro, il lavoro straordinario, i turni e la reperibilità sono positivamente e fortemente associati al *clf*, che determina, a sua volta, malessere psico-fisico, bassa soddisfazione al lavoro e nella vita in generale ed elevata intenzione di abbandonare il lavoro (14-18).

Richieste lavorative nel contesto sanitario tra carico e turni di lavoro

Il carico di lavoro riguarda l'insieme delle domande che l'attività lavorativa pone all'individuo e può riguardare sia un sovraccarico lavorativo (sovradimensionamento di compiti da svolgere nel tempo a disposizione), sia un carico più propriamente cognitivo legato alla complessità e al contenuto del compito che possono richiedere elaborazioni di informazioni, attenzione e concentrazione (19). Un discorso a parte merita la percezione di carico lavorativo associato alla relazione con il paziente/o i familiari dei pazienti. Si tratta più propriamente di richieste lavorative specifiche del contesto sanitario che possono incidere negativamente sulla relazione tra lavoro e famiglia. Gli operatori sanitari sono infatti impegnati non solo nell'erogazione di un servizio professionale all'utenza ma anche nella gestione dei pazienti e dei familiari dei pazienti che richiede di mettere in campo sia competenze professionali, sia relazionali. Può accadere che le richieste siano percepite dagli operatori sanitari come eccessive, insistenti o sconfinanti rispetto al proprio ruolo professionale. Come evidenziano Sundin et al. (20) tra le richieste lavorative che caratterizzano in modo specifico la professione sanitaria rientrano: la gestione di degenti gravemente malati o terminali, la gestione di eventi inaspettati e improvvisi (ad esempio, minacce e violenza da parte dei pazienti e/o dei familiari dei pazienti), la preoccupazione di commettere errori e, più generalmente, la gestione delle relazioni interpersonali con i pazienti e i familiari di quest'ultimi.

Secondo altri studi (21, 22), la professione sanitaria può portare effetti di gratificazione e ricompensa quando, ad esempio, i pazienti mostrano gratitudine a seguito di un consulto o a seguito di un esito positivo delle cure. Il professionista sanitario opera un elevato investimento nella relazione con il paziente, cercando di individuare la giusta cura, prestando attenzione ed empatia, ma spesso, gli ope-

ratrici sanitari si trovano a confrontarsi con pazienti che non seguono i loro consigli, hanno delle richieste sproporzionate o addirittura minacciano il medico o l'infermiere. Tale relazione tra operatore sanitario e paziente è definita da Bakker et al. (21) "asimmetrica" ed è potenzialmente in grado di ridurre le risorse emotive di medici e infermieri e di condurre verso la sindrome del burnout.

La dimensione relazionale può rappresentare quindi un ulteriore sforzo, di tipo emotivo (23), con ripercussioni non solo sulla qualità della vita lavorativa ma anche extra-lavorativa (24).

Un'altra richiesta lavorativa è riconducibile all'organizzazione dell'orario di lavoro: turni di lavoro a rotazione, turni notturni, orario flessibile, reperibilità, lavoro durante i fine settimana rappresentano noti rischi psicosociali come evidenziano i più recenti rapporti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (25).

Per quanto riguarda il settore sanitario rassegne italiane come quella di Costa (26) mettono in luce come il lavoro a turni a rotazione e i turni di notte costituiscono uno dei principali fattori di rischio per gli operatori sanitari su più piani: *biologico* (ritmo sonno-veglia), *lavorativo* (riduzione della qualità del servizio erogato, errori sul lavoro, infortuni), *sanitario* (patologie digestive, neuropsichiche e cardiovascolari) e *sociale* (interfaccia lavoro-famiglia).

Se da una parte la letteratura è ormai consolidata attorno a ricerche che hanno confermato, nel settore sanitario, l'impatto dei turni di lavoro sulla percezione di stress e insoddisfazione lavorativa, oltre che sull'abbassamento della qualità del servizio erogato e sul desiderio di abbandonare il lavoro (27, 28), solo di recente la ricerca si è focalizzata sugli effetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro (tra cui, appunto, turni ma anche reperibilità) sul *clf* (28). L'alto numero di ore di lavoro, i turni che comportano una presenza in ospedale anche di notte e/o durante i fine settimana limitano, di fatto, il tempo a disposizione per sé e per la famiglia. I turni di notte, in particolare, sono associati a una difficoltà a tenere insieme lavoro e famiglia soprattutto tra le donne (29). Questa relazione può essere tuttavia mediata da diversi fattori come: la disponibilità economica, la condivisione dei compiti di cura, la negoziazione con il partner, la presenza di supporti alla conciliazione.

Nel nostro Paese, un lavoro di Camerino et al. (30) condotto su 664 infermiere (tra i 20 e i 62 anni, con anzianità lavorativa da 1 a 40 anni) evidenzia che il lavoro a turni con notti e quello diurno a orari irregolari comporta un vissuto di conflitto tra lavoro e famiglia, associato a sua volta a esaurimento emotivo e disturbi del sonno.

Obiettivi

A partire da queste premesse teoriche, gli obiettivi della ricerca sono stati i seguenti:

1. Individuare eventuali differenze nella percezione di *clf* in funzione del carico di compiti di cura (avere figli e/o genitori anziani che richiedono cure), del tipo di contratto, del regime orario, della reperibilità e dei turni di lavoro.

2. Comprendere quali variabili inserite nel disegno di ricerca influenzano il *clf*, in base alle seguenti ipotesi:

Hp1 L'organizzazione dell'orario di lavoro incide negativamente sul *clf* e precisamente

Hp1a I turni di lavoro aumentano il *clf*

Hp1b La reperibilità aumenta il *clf*

Hp2 Le richieste generali incidono negativamente sul *clf* e precisamente

Hp2a Il sovraccarico lavorativo aumenta il *clf*

Hp2b Il carico cognitivo aumenta il *clf*

Hp3 Le richieste specifiche incidono negativamente sul *clf* e precisamente

Hp3a Le richieste dei pazienti aumentano il *clf*

Hp3b Le richieste dei familiari dei pazienti aumentano il *clf*

Hp4 L'effetto dei turni di lavoro sul *clf* è maggiore dell'effetto della reperibilità, delle richieste generali e specifiche sul *clf*

Metodi

Strumento e analisi dei dati

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario auto compilativo, costruito attraverso specifiche scale tratte dalla letteratura scientifica di riferimento. Di seguito sono descritte le misure utilizzate nel questionario:

- il *conflitto nella direzione lavoro-famiglia (clf)* è stato misurato attraverso 5 item di Colombo e Ghislieri (31), adattamento italiano della scala di Netemeyer, Boles e McMurrian (32) (scala Likert da 1 -mai- a 6 -sempre-). Esempio di item "Le richieste del mio lavoro interferiscono con la mia vita familiare";
- il *sovraccarico di lavoro* è stato misurato attraverso 6 item della scala di Karasek e Theorell (33) (scala Likert da 1 -disaccordo- a 6 -accordo-). Esempio di item "Devo prestare attenzione a più compiti/richieste contemporaneamente";
- il *carico cognitivo* è stato misurato attraverso 4 item della scala di Bakker e colleghi (34) (scala Likert da 1 -mai- a 5 -sempre-). Esempio di item "Il suo lavoro richiede la sua costante attenzione";
- le *richieste dei pazienti* sono state misurate attraverso 11 item della sottoscala di *disproportionate customer expectations* di Dorman e Zapf (35), item originariamente formulati come richieste dei clienti e adattati al contesto sanitario per indagare gli atteggiamenti e i comportamenti dei pazienti che, dal punto di vista degli operatori sanitari, è considerato ragionevole e accettabile. Alcuni esempi di item adattati sono: "alcuni [pazienti] richiedono sempre un trattamento speciale"; "[i pazienti] non capiscono quando siamo molto occupati"; "se si verifica un errore [i pazienti] incolpano sempre noi" (scala Likert da 1 -disaccordo- a 6 -accordo-);
- le *richieste dei familiari dei pazienti*, così come per le richieste dei pazienti, sono state misurate attraverso 11 item della sottoscala di *disproportionate customer ex-*

pectations di Dorman e Zapf (35) e adattati al contesto sanitario e, nel caso specifico, per indagare gli atteggiamenti e i comportamenti dei familiari dei pazienti (scala Likert da 1 -disaccordo- a 6 -accordo-).

Infine, il questionario ha rilevato le seguenti informazioni: genere, età, stato civile, presenza di figli, presenza di genitori anziani di cui occuparsi, ore settimanali dedicate ai compiti di cura domestica, anzianità lavorativa, ore di lavoro settimanale, ore di aggiornamento professionale annuale, tipo di contratto, regime orario, posizione lavorativa, turni di lavoro e reperibilità.

L'analisi dei dati è stata svolta con il software statistico PASW18 e ha previsto il calcolo delle statistiche descrittive (medie -*M*- e deviazione standard -*DS*-) e calcolo dell' α di Cronbach (α) per ciascuna scala.

Per osservare le relazioni tra le variabili sono state calcolate le correlazioni (*r* di Pearson) e, per indagare la direzione di tali relazioni, si è proceduto con il calcolo delle regressioni multiple (metodo per blocchi), inserendo come variabile dipendente il *clf*.

Infine, per comprendere le differenze nella percezione di *clf* in funzione delle principali variabili socio-anagrafiche e professionali e in funzione dell'organizzazione dei tempi di lavoro (turnistica e reperibilità, regime orario) è stata calcolata l'analisi della varianza mediante T-test per campioni indipendenti e ANOVA a una via.

Partecipanti e procedura

Il gruppo di partecipanti alla ricerca è costituito da 207 infermiere e infermieri di alcuni reparti di un'azienda sanitaria situata nel nord Italia. I rispondenti corrispondono al 60% dei soggetti a cui è stato consegnato il questionario e presentano caratteristiche socio-anagrafiche simili alla popolazione dei reparti coinvolti. Il campione (Tabella I), coerentemente ai dati della popolazione infermieristica nazionale (Fonte CENSIS, 2012 - 5 -), è composto prevalentemente da personale femminile. La maggior parte dei partecipanti è coniugato o convivente e ha figli e l'età media dei rispondenti è di 42 anni (minimo 25 anni, massimo 62 anni, *DS* 8.4). Rispetto alla presenza di genitori anziani di cui occuparsi, il campione sembra essere quasi equamente distribuito tra coloro che dichiarano di avere genitori anziani che richiedono cure particolari e chi, invece, non ha questo carico di cura.

Per quanto riguarda i dati professionali, gli infermieri partecipanti alla ricerca sono tutti assunti con un contratto di lavoro a tempo indeterminato e hanno perlopiù un regime orario a tempo pieno. Solo una minima percentuale è coordinatore infermieristico. La turnistica è una condizione lavorativa che coinvolge un'alta percentuale di rispondenti, mentre, la reperibilità, riguarda una percentuale inferiore del campione. Tra il personale reperibile, la percentuale più alta si registra sulla reperibilità su tre turni.

I partecipanti hanno un'anzianità lavorativa nell'azienda di circa 16 anni (minimo 0 anni, massimo 40 anni, *DS* 9.52), lavorano in media 36 ore a settimana (minimo 7 ore, massimo 60 ore, *DS* 6.23) e dedicano, ogni anno, circa 42 ore all'aggiornamento professionale (minimo 0 ore, massimo 200 ore, *DS* 23.49).

Tabella I. Descrizione dei partecipanti alla ricerca (N = 207)

Genere	Maschi 7.2% (N=15)	Femmine 92.8% (N=192)		
Stato civile	Celibe/Nubile 19.8% (N=41)	Coniugato/Convivente 66.2% (N=137)	Separato 11.6% (N=24)	Vedovo 2.4% (N=5)
Figli	Sì 67.1% (N=139)	No 32.9% (N=68)		
Genitori anziani di cui occuparsi	Sì 51.7% (N=107)	No 48.3% (N=100)		
Regime orario	Tempo pieno 82.6% (N=171)	Tempo parziale 17.4% (N=36)		
Posizione lavorativa	Infermieri 95.2% (N=197)	Coordinatori 4.8% (N=10)		
Turni di lavoro	Turno unico diurno 37.7% (N=78)	2 turni su 12 ore diurne 22.7% (N=47)	Turni su 24 ore (mattino, pomeriggio, notte) 35.3% (N=73)	Orario spezzato (ore 8-12; ore 16-20) 4.3% (N=9)
Turni di lavoro (variabile ricodificata in due modalità)	Turno unico diurno 37.7% (N=78)	Turnistica 62.3% (N=129)		
Reperibilità	No 79.2% (N=164)	Sì, su 1 turno 6.3% (N=13)	Sì, su 2 turni 6.3% (N=13)	Sì, su 3 turni 8.2% (N=17)
Reperibilità (variabile ricodificata in due modalità)	No 79.2% (N=164)	Sì 20.8% (N=43)		

Le ricercatrici hanno consegnato personalmente i questionari cartacei ai coordinatori infermieristici di tutti i reparti coinvolti i quali, a loro volta, hanno distribuito lo strumento al personale. Al questionario è stata allegata una lettera di accompagnamento firmata dalle ricercatrici in cui si indicavano le modalità e i tempi di compilazione e si garantiva la natura volontaria della partecipazione alla ricerca, nonché l'anonimato dei rispondenti. Ad assicurare questo ultimo aspetto, la modalità di restituzione dei questionari non è avvenuta tramite consegna al coordinatore infermieristico che aveva distribuito i questionari da compilare, ma attraverso apposite urne chiuse nelle quali i rispondenti potevano depositare personalmente il proprio questionario compilato.

Risultati

Tutte le scale utilizzate nello studio hanno riportato una soddisfacente coerenza interna: i valori degli alpha di Cronbach sono tutti compresi tra .86 e .92 (Tabella IV).

I risultati delle analisi descrittive delle scale indicano livelli di percezione sia delle richieste generali, sia delle richieste specifiche abbastanza elevati. Rispetto alle richieste generali, il sovraccarico di lavoro (M 4.39) e il carico cognitivo (M 4.33), infatti, hanno un punteggio medio che si colloca al di sopra del punto centrale delle scale di riferimento (rispettivamente, 1-6 e 1-5). Anche le richieste specifiche segnalano punteggi medi che superano i livelli centrali di scala: le richieste dei pazienti (scala 1-6) hanno un punteggio medio di 4.29 e le richieste da parte dei familiari dei pazienti (scala 1-6) un punteggio medio di 4.55. Questi dati evidenziano che le richieste, siano esse generali o specifiche, sono percepite in modo rilevante dagli infermieri e

dalle infermiere rispondenti, rilevando una possibile criticità. Il *clf* (scala 1-6) presenta invece un punteggio medio di 3.60 che si colloca intorno al punto centrale della scala.

Dall'analisi del T-test per campioni indipendenti (Tabella II) sono emerse alcune differenze statisticamente significative. Il personale che lavora a turni presenta punteggi di *clf* più elevati rispetto a coloro che non lavorano a turni, così come il personale che ha la reperibilità nel confronto con il personale che non ce l'ha. Rispetto al regime orario, gli infermieri che lavorano a tempo pieno presentano un livello di *clf* più alto rispetto ai loro colleghi che lavorano a tempo parziale.

Per valutare eventuali differenze maggiormente puntuali in funzione delle diverse modalità relative all'organizzazione del lavoro in turni e alla reperibilità è stata calcolata l'Anova univariata (Tabella III): per quanto riguarda i turni, il personale con turno unico diurno percepisce minor *clf* rispetto al personale che lavora con turni sulle 12 e sulle 24 ore. In linea con questi dati, gli infermieri che non hanno la reperibilità presentano una minor percezione di *clf* nel confronto con i colleghi che hanno la reperibilità su uno e su due turni. Non emergono, invece, differenze statisticamente significative nel confronto con il personale reperibile su tre turni.

Non si registrano differenze statisticamente significative in funzione delle variabili socio-anagrafiche e professionali inserite nel questionario.

Nella Tabella IV sono riportati i risultati relativi ai coefficienti di correlazione tra il *clf* e le altre variabili: tra quelle statisticamente significative si segnala, tra le più alte, la relazione (di segno positivo) con l'organizzazione dell'orario di lavoro in turni ($r = .42$), con il carico cognitivo ($r = .41$) e con il sovraccarico di lavoro ($r = .40$). Si segnalano, inoltre, le correlazioni (di segno positivo) con

Tabella II. Differenze nella percezione di conflitto lavoro-famiglia in funzione dei turni di lavoro (variabile ricodificata in due modalità), della reperibilità (variabile ricodificata in due modalità) e del regime orario

	M	DS	Valore di t
Personale che fa turni	19.90	5.25	$t_{(205)} = 6.65, p < .00$
Personale che non fa turni	14.88	5.28	
CLF Personale che ha la reperibilità	20.44	4.71	$t_{(205)} = 3.16, p < .00$
Personale che non ha la reperibilità	17.37	5.88	
Personale a tempo pieno	18.39	5.86	$t_{(205)} = 2.06, p < .05$
Personale a tempo parziale	16.22	5.14	

Tabella III. Differenze nella percezione di conflitto lavoro-famiglia in funzione dei turni di lavoro e della reperibilità

	M	DS	Valore di F
Personale con turno unico diurno versus	14.88	5.28	$F_{(2; 195)} = 21.93, p < .00$
Personale con turni sulle 12 ore	19.53	5.09	
Personale con turni sulle 12 ore e sulle 24 ore	20.21	5.40	
Personale che non ha la reperibilità versus	17.37	5.88	$F_{(3; 203)} = 3.66, p < .05$
Personale che ha la reperibilità su 1 turno	21.46	3.53	
Personale che ha la reperibilità su 1 o su 2 turni	20.77	5.02	

Tabella IV. Correlazioni (r di Pearson) tra le variabili, analisi descrittive (M degli item su scala, M e DS) e alpha delle singole scale

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. CLF	–												
<i>Variabili socio-anagrafiche-professionali</i>													
2. Genere	.00	–											
3. Figli	-.04	.12	–										
4. Genitori anziani	.12	.10	-.04	–									
5. Età	-.09	.06	.32**	.23**	–								
6. Posizione lavorativa	.03	-.11	-.08	-.05	.19*	–							
7. Regime orario	.14*	-.13	-.16**	-.04	-.09	.10	–						
<i>Organizzazione dell'orario di lavoro</i>													
8. Reperibilità	.22**	-.13	-.05	-.01	.01	.22**	.20**	–					
9. Turni di lavoro	.42**	-.03	-.16*	-.03	-.25**	.04	.04	.18*	–				
<i>Richieste generali</i>													
10. Sovraccarico di lavoro	.40**	-.04	-.12	.09	-.09	.03	.00	.01	.18**	–			
11. Carico cognitivo	.41**	-.07	-.09	-.00	-.19**	.07	.04	.18*	.23**	.56**	–		
<i>Richieste specifiche</i>													
12. Richieste dei pazienti	.32**	.05	-.10	.17*	.01	.04	.09	-.04	.14*	.32**	.20**	–	
13. Richieste dei familiari dei pazienti	.31**	.08	-.10	.13	-.03	.01	.08	-.05	.16*	.33**	.26**	.75**	–
M degli item su scala	3.60									4.39	4.33	4.29	4.55
M					42.43								
DS	1.16				8.42					1.11	0.63	1.04	1.02
α	.88									.92	.86	.92	.92

p<.05; **p<.01

Nota: Genere (1=femminile; 0=maschile), Figli (1= sì; 0=no), Genitori anziani (1= sì; 0=no); Posizione lavorativa (1=coordinatori, 0=inferimeri); Regime orario (1=tempo pieno, 0=tempo parziale); Reperibilità (1=sì; 0=no); Turni di lavoro (1=turnistica, 0=turno unico diurno)

le richieste dei pazienti ($r = .32$) e dei familiari dei pazienti ($r = .31$). La correlazione più bassa è quella con il regime orario a tempo pieno ($r = .14$).

Si precisa che il test statistico del chi-quadrato non ha evidenziato differenze nella distribuzione di genere in funzione dei turni di lavoro e della reperibilità.

Nel modello di regressione (Tabella V) sono state inserite le variabili che presentano con il *clf* un coefficiente di correlazione con $p < .01$. Sono state quindi escluse le seguenti variabili: il regime orario che presenta, con il *clf*, un coefficiente di correlazione con $p < .05$ e le variabili socio-anagrafiche in quanto non presentano relazioni statisticamente significative con il *clf*. In particolare si evidenzia l'assenza di relazione tra il genere e il *clf*: l'essere donna non incide, almeno in questo campione, sulla percezione di *clf*.

Il modello stimato presenta una buona varianza spiegata (37%) ed evidenzia il ruolo dei turni di lavoro ($\beta .30$) come principale determinante del *clf*.

Tra le altre richieste che contribuiscono a influenzare la percezione di *clf* si segnalano il sovraccarico di lavoro ($\beta = .19$) e il carico cognitivo ($\beta = .18$) e, in misura minore, la reperibilità ($\beta = .14$). Le richieste da parte dei pazienti e dei loro familiari non hanno alcun ruolo nel determinare la variabile dipendente.

Tabella V. Regressione multipla (metodo per blocchi) - variabile dipendente: conflitto lavoro-famiglia

Variabile dipendente: <i>CLF</i>	Coeff. Stand.		
	β	t	p
α			
Organizzazione dell'orario di lavoro			
Turni di lavoro (1=presenza di turni)	.30	4.99	.00
Reperibilità (1=si)	.14	2.39	.02
Richieste generali			
Sovraccarico di lavoro	.19	2.65	.01
Carico cognitivo	.18	2.49	.01
Richieste specifiche			
Richieste dei pazienti	.16	1.88	.06
Richieste dei familiari dei pazienti	.04	.44	.66
<i>R-quadrato corretto</i>	.37		

Discussione

La relazione tra lavoro e famiglia rappresenta un *topic* rilevante in ambito sanitario, in particolare se si considerano i risultati di importanti studi come quello NEXT (17) che ha evidenziato per l'Italia, nel confronto con altri Paesi dell'Unione Europea, alti punteggi di *clf*.

I risultati della presente ricerca evidenziano la percezione da parte dei rispondenti di un livello di *clf* non particolarmente critico: il punteggio medio della scala si colloca, infatti, poco al di sopra del punto centrale del *range* di risposta alla batteria.

Con riferimento al primo obiettivo, l'analisi della varianza non ha evidenziato differenze nella percezione di *clf* in funzione delle variabili socio-anagrafiche e professionali.

Differenze nella percezione di *clf* sono invece riscontrabili in funzione dell'organizzazione dell'orario di lavoro: chi lavora a tempo pieno, a turni e chi ha la reperibilità dichiara un maggiore *clf*. In particolare, questo vissuto è più elevato nel personale che lavora a turni sulle 12 ore e sulle 24 ore e nel personale che ha una reperibilità su uno e su due turni.

Rispetto al secondo obiettivo, il modello di regressione evidenzia, con riferimento all'Hp1, in particolare il ruolo dei turni ma anche della reperibilità nel determinare il *clf*. Le ipotesi relative all'effetto dei turni di lavoro e della reperibilità sul *clf* sono quindi confermate.

Per quanto riguarda l'Hp2, il sovraccarico lavorativo e il carico cognitivo aumentano il *clf*, evidenziando, in termini di β , la medesima capacità "esplicativa". Le ipotesi relative all'effetto delle richieste generali sul *clf* sono confermate.

I risultati relativi a queste due prime ipotesi sono in linea con la letteratura che evidenzia un'influenza dell'organizzazione dell'orario di lavoro e del sovraccarico lavorativo sul *clf* (13, 4).

Le ipotesi relative all'effetto delle richieste specifiche (Hp3) sul *clf* non sono invece confermate: in questo specifico contesto, quindi, le richieste derivanti dalla relazione con i pazienti e i familiari di quest'ultimi non sembrano determinare vissuti conflittuali, pur presentando correlazioni significative con la variabile dipendente. Evidentemente le richieste generali rappresentano, per questo campione, una fonte in grado di incidere maggiormente sulla percezione di *clf*.

L'ipotesi secondo cui l'effetto dei turni di lavoro sul *clf* è maggiore dell'effetto della reperibilità, delle richieste generali e specifiche sul *clf* (Hp4) è invece confermata: dal modello di regressione emerge con chiarezza il ruolo dei turni di lavoro come principale determinante del *clf*, spiegato però anche dalle dimensioni di carico lavorativo e cognitivo (richieste generali) e, in misura minore, dalla reperibilità.

Nel modello di regressione non è stato inserito il genere perché non presenta una correlazione significativa con il *clf*. Questo dato evidenzia che il rapporto tra lavoro e famiglia, oggi, sembra essere vissuto in modo simile tra uomini e donne; spesso si assiste a un'inversione di tendenza secondo cui la sfera familiare sta acquisendo maggiore importanza per gli uomini, portando il genere maschile a ridimensionare l'investimento lavorativo a favore della famiglia, di contro, le donne sembrano investire sempre più nella sfera lavorativa (36).

I risultati della ricerca, che evidenziano in particolare il ruolo dei turni di lavoro e delle richieste generali (sovraccarico lavorativo e carico cognitivo) come determinanti del *clf*, suggeriscono alcune linee di intervento organizzativo a sostegno dell'equilibrio tra lavoro e famiglia.

Una prima linea di intervento riguarda l'organizzazione del lavoro sul versante dell'orario lavorativo, così da ridurre i rischi provenienti dal lavoro a turni (per una rasse-

gna si veda Costa, 2010 -26-) e dalla reperibilità. La seconda linea di intervento riguarda la formazione rivolta ai superiori e a chi si occupa dell'organizzazione dell'orario di lavoro, come aspetto preventivo sui rischi associati ai turni di lavoro, al fine di promuovere una cultura del benessere che sappia rispettare e tutelare anche le esigenze di conciliazione lavoro-famiglia.

La formazione rivolta ai superiori potrebbe inoltre essere finalizzata al potenziamento della loro capacità di supportare i collaboratori nelle questioni lavorative, con l'obiettivo di ridurre la percezione di sovraccarico lavorativo e di carico cognitivo, richieste che, nella presente ricerca, costituiscono delle determinanti del *clf*.

Bakker et al. (37) a tal proposito hanno osservato che i lavoratori con un alto carico di lavoro hanno maggiori difficoltà a rilassarsi, recuperare energie (*recovery*) e prendersi cura della famiglia (38). La multi appartenenza di ruolo comporta un elevato dispendio di energie che se non integrate, recuperate, determina vissuti di distress, burnout e conflitto lavoro-famiglia (39). Un'organizzazione supportiva, tenendo sotto controllo il carico di lavoro, facilita nel dipendente la possibilità di *recovery* e la partecipazione attiva ad altre attività extra-lavorative. In questo modo, come evidenziano Camerino et al. (6), si favorisce il reintegro di energie e la possibilità di vivere esperienze di arricchimento associate all'appartenenza a più ruoli (40).

Programmi di formazione potrebbero coinvolgere anche gli operatori sanitari al fine di potenziare le capacità di fronteggiamento per prevenire e/o ridurre gli effetti negativi sia delle richieste legate ai compiti lavorativi, sia dei turni di lavoro. Interventi sul coping rivolti al personale potrebbero infatti contribuire ad aumentare il grado di tolleranza individuale nei confronti degli effetti dei turni di lavoro, con ripercussioni positive sulla gestione dell'interfaccia lavoro-famiglia. Diversi studi che hanno coinvolto personale sanitario femminile hanno evidenziato che la percezione di controllo sugli orari di lavoro e adeguate strategie di coping riducono la percezione di *cfl* (28), evidenze confermate anche da altre ricerche in cui il controllo su vari aspetti del proprio lavoro riduce non solo la percezione di stress ma anche di *clf* (41, 42, 38).

Come evidenzia Spector (43), il concetto di controllo in ambito lavorativo si riferisce non solo al grado di autonomia che il lavoratore possiede per decidere *come* lavorare ma anche *quando* lavorare.

Oltre a specifici programmi di formazione a sostegno delle competenze professionali e trasversali, le organizzazioni dovrebbero attivare iniziative a sostegno dell'equilibrio tra lavoro e famiglia a seguito di un'attenta e mirata analisi dei bisogni di conciliazione al fine di promuovere una cultura *family-friendly* (44). Occuparsi di conciliazione lavoro-famiglia, rispettando le specificità individuali, rappresenta per le organizzazioni un'importante occasione per dimostrare responsabilità sociale nei confronti dei dipendenti e agire un *diversity management* (45).

I limiti dello studio sono riconducibili, anzitutto, al gruppo di partecipanti alla ricerca proveniente da un solo contesto organizzativo; i dati, quindi, non sono generalizzabili alla popolazione di altre realtà ospedaliere.

Un altro limite è relativo all'uso di un questionario *self-report* e all'utilizzo di un disegno di ricerca *cross-section* che non permette di stabilire relazioni certe di causalità tra le variabili. A tal proposito, futuri studi potrebbero prevedere ricerche longitudinali e un ampliamento del campione attraverso il coinvolgimento di altri contesti ospedalieri, al fine di valutare anche possibili differenze tra organizzazioni. Ricerche in altri contesti sanitari potrebbero, inoltre, verificare il ruolo delle richieste dei pazienti e dei familiari dei pazienti che, in questo studio, non svolgono un ruolo nell'influenzare il *clf*.

Inoltre, sarebbe interessante, in future indagini, includere anche le risorse organizzative, tra cui il supporto dei capi e dei colleghi, l'autonomia lavorativa, le competenze professionali che potrebbero svolgere un ruolo nella riduzione della percezione di *clf*. In base al *job demands-resources model* (*JD-R model*) proposto da Bakker e Demerouti (46), infatti, le risorse lavorative (riconducibili ad aspetti fisici, psicologici, sociali e organizzativi), svolgono il ruolo di attenuare le richieste e i costi psico-fisici associati ad esse (19, 46). In particolare, il supporto al lavoro fornito dai superiori e dai colleghi rappresenta, come dimostrano diversi studi (47, 24, 9, 48), un'importante risorsa per fronteggiare le difficoltà associate al conflitto lavoro-famiglia.

Disegni di ricerca maggiormente complessi potrebbero inoltre prevedere l'inserimento di variabili di esito positivo (es. benessere psicologico emotivo, soddisfazione lavorativa, soddisfazione nella vita in generale) e/o negativo (es. malessere psicologico emotivo, malessere fisico etc, burnout etc. ma anche intenzione di turnover), al fine di valutare l'effetto diretto e indiretto (attraverso il conflitto lavoro-famiglia) delle richieste di lavoro, nonché valutare l'effetto del conflitto lavoro-famiglia su queste stesse variabili di esito.

Sarebbe inoltre interessante inserire, in futuri studi, anche dimensioni che rimandano alle caratteristiche di personalità e agli stili cognitivi al fine di valutare eventuali effetti di moderazione riconducibili alle caratteristiche (capacità) individuali di tollerare gli effetti dei turni di lavoro (49, 28).

Bibliografia

- 1) Ashforth BE, Kreiner GE, Fugate M. All in a day's work: boundaries and micro role transitions. *Acad Manage Rev* 2000; 25(3): 472-91.
- 2) Clark SC. Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Hum Relat* 2000; 53(6): 747-70.
- 3) Barnett RC, Hyde JS. Women, men, work, and family: an expansionist theory. *Am Psychol* 2001; 56: 781-96.
- 4) Yildirim D, Aycan Z. Nurses' work demands and work-family conflict: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2008; 45:1366-78.
- 5) CENSIS. L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro. 2012. <http://www.censis.it> (accesso aprile 2012).
- 6) Camerino, D. Sandri M, Conway P, Campanini P, Sartori S. Ruolo dei fattori "genere" ed "età" nella valutazione del rischio psicosociale e negli interventi di prevenzione del personale ospedaliero. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32(3): 337-42.
- 7) Greenhaus JH, Beutell N. Sources of conflict between work and family roles. *Acad Manage Rev* 1985; 10: 76-88.
- 8) Gutek BA, Searle S, Klepa L. Rational versus gender role explanations for work-family. *J Appl Psychol* 1991; 76: 560-8.

- 9) Burke RJ, Greenglass ER. Work-family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring. *J Occup Health Psychol* 1999; 4: 327-36.
- 10) Voydanoff P. Work role characteristics, family structure demands and work/family conflict. *J Marriage Fam* 1988; 50: 749-61.
- 11) Burke RJ. Work, Work stress and women's health: occupational status effects. *J Bus Ethics* 2002; 37: 91-102.
- 12) Higgins C, Duxbury L, Johnson KL. Part-time work for women: does it really help balance work and family? *Hum Resource Manage* 2000; 39: 17-32.
- 13) Cortese CG, Ghislieri C, Colombo L. Le determinanti della soddisfazione lavorativa del personale infermieristico: il ruolo del conflitto lavoro-famiglia. *Med Lav* 2008; 5: 371-86.
- 14) Eby LT, Casper WJ, Lockwood A, Bordeaux C, Brinley A. Work and family research in IO/OB: content analysis and review of the literature (1980-2002). *J Vocat Behav* 2002; 60: 354-73.
- 15) Cortese CG, Colombo L, Ghislieri C. Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emoziona charge and social support. *J Nurs Manag* 2010; 18: 35-43.
- 16) Janssen PPM, Peeters MCW, de Jonge J, Houkes I, Tummers G. Specific relationships between job demands, resources and psychological outcomes and the mediating role of negative work-home interference. *J Vocat Behav* 2004; 65: 411-29.
- 17) Simon M, Kummerling A, Hasselhorn HM. Next-Study Group. Work-home conflict in the European nursing profession. *Int J Occup Environ Health* 2004; 10: 384-91.
- 18) Grzywacz JG, Frone MJ, Brewer CS, Kovner CT. Quantifying work-family conflict among registered nurses. *Res Nurs Health* 2006; 29: 414-26.
- 19) Fraccaroli F, Balducci C. Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni. Bologna: Il Mulino, 2011.
- 20) Sundin L, Hochwälder J, Bildt C. A scale for measuring specific job demands within the health care sector: development and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 914-23.
- 21) Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patients demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav* 2000; 21: 425-41.
- 22) Maslach C. Burnout: a multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. Professional burnout: recent developments in theory and research. New York: Taylor & Francis, 1993: 19-32.
- 23) Söderfeldt M, Axtelius B, Beijer E. Demands and control in human service work: an interaction analysis. In: De Jonge J, Vlerick P, Bussing A, Schaufeli WB, eds. Organizational psychology and health care at the start of a new millennium. Munchen, Mering: Rainer Hampp, 2001: 55-67.
- 24) Colombo L, Zito M, Ghislieri C. Influenza lavoro famiglia e supporti sociali: la soddisfazione lavorativa in un'azienda sanitaria del nord Italia. Differenze tra personale sanitario e amministrativo. *G Ital Med Lav Erg* 2012; 34: (1 Suppl A): A25-33.
- 25) WHO. PRIMA-EF guidance on the European framework for psychosocial risk management. A resource for employers and workers representatives. In: Stavroula L, Cox T, eds. Protecting Workers' Health series no. 9. Geneva: WHO, 2008. <http://prima-ef.org/default.aspx>
- 26) Costa G. Problematiche del lavoro a turni in ospedale. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32(3): 343-6.
- 27) Folkard S, Lombardi DA. Modeling the impact of the components of long work hours on injuries and "accidents". *Am J Ind Med* 2006; 49(11): 953-63.
- 28) Pisarski A, Lawrence SA, Bohle P, Brook C. Organizational influences on the work life conflict and health of shiftworkers. *Appl Ergon* 2008; 39: 580-8.
- 29) van Amelsvoort LG, Jansen NW, Swaen GM, van den Brandt PA, Kant I. Direction of shift rotation among three-shift workers in relation to psychological health and work family conflict. *Scand J Work Environ Health* 2004; 30: 149-56.
- 30) Camerino D, Sandri M, Sartori S, Conway PM, Campanini P, Costa G. Shift work, work-family conflict and prevention efficacy of Italian nurses. *Chronobiol Int* 2010; 27(5): 1105-23.
- 31) Colombo L, Ghislieri C. The work-to-family conflict: between theories and measures. *TPM - Test Psychom Meth Appl Psychol* 2008; 15(1): 35-55.
- 32) Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian, R. Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *J Appl Psychol* 1996; 81: 400-10.
- 33) Karasek R, Theorell T, eds. Healthy work-stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
- 34) Bakker AB, Demerouti E, Taris T, Schaufeli WB, Schreurs P. A multi-group analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *Intl J Stress Manag* 2003; 10: 16-38.
- 35) Dormann C, Zapf D. Customer-related social stressors and burnout. *J Occup Health Psychol* 2004; 9: 61-82.
- 36) Beck U. Il lavoro nell'epoca della fine del lavoro. Tramonto delle sicurezze e nuovo impegno civile. Torino: Einaudi, 2000.
- 37) Bakker AB, Demerouti E, Dollard, MF. How job demand affect partners' experience of exhaustion: integrating work-family conflict and crossover theory. *J Appl Psychol* 2008; 93: 901-11.
- 38) Taris T, Beckers D, Verhoeven L, Geurts S, Kompier M, van der Linden D. Recovery opportunities, work-home interference, and well-being among managers. *Eur J Work Organ. Psychol* 2006; 15: 139-57.
- 39) Fuß I, Nübling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 2008; 8: 353.
- 40) Rothbard NP. Enriching or depleting? The dynamics of engagement in work and family. *Adm Sci Q* 2001; 46: 655-84.
- 41) Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli, WB. The Job-Demands Resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001; 86: 499-512.
- 42) Mauno S, Kinnunen U, Ruokolainen M. Exploring work and organizational-based resources as moderators between work-family conflict, well-being and job attitudes. *Work Stress* 2006; 20(3): 210-33.
- 43) Spector PE. Industrial and organizational psychology: research and practice. Hoboken, N.J.: Wiley, 2008.
- 44) Allen TD. Family-supportive work environments: the role of organizational perceptions. *J Vocat Behav* 2001; 58: 414-35.
- 45) Cuomo S, Mapelli A. Diversity Management. Gestire e valorizzare le differenze individuali nell'organizzazione che cambia. Milano: Guerini e Associati, 2007.
- 46) Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: state of the art. *J Manage Psychol* 2007; 22(3): 309-28.
- 47) Anderson SE, Coffey BS, Byerly RT. Formal organizational initiatives and informal workplace practices: links to work-family conflict and job-related outcomes. *J Manage* 2002; 28: 787-810.
- 48) Pisarski A, Bohle P. Effects of supervisor support and coping on shiftwork tolerance. *J Hum Ergol* 2001; 30: 363-9.
- 49) Loudoun RJ, Pisarski A. Understanding and managing the risks associated with shiftwork. In: Mayhew C, Peterson C, eds. Managing OHS Risks in the Health Care Industry. North Ryde, Australia: CCH Australia, 2005: 155-91.

Richiesta estratti: Margherita Zito, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Via Verdi 10, 10124 Torino, Italy, E-mail: margherita.zito@unito.it